

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



TESIS

**EXPERIENCIAS DE PERSONAS CON CÁNCER POST
OPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL FRENTE AL CUIDADO
ENFERMERO EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO 2017**

Autoras:

Lic. Enf. Montenegro Mesones Teresa Mercedes.

Lic. Enf. Paz Ramos Gloria Maritza.

Asesora:

MSc. María Lucía Chanamé Carretero.

Lambayeque 2018

Dra. JOVITA JESÚS PALOMINO QUIROZ.
PRESIDENTA

Mg. DORIS LIBERTAD PAIS LESCANO.
SECRETARIA

Mg. CRUZ MARCELINA POLO CAMPODÓNICO.
VOCAL

Mg. MARÍA LUCÍA CHANAMÉ CARRETERO.
ASESORA.

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAHP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N° 03 Expediente 2472-2018-UPG-FE Folio N° 182
Licenciada: GLORIA MARITZA PAZ RAMOS
en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las
..... horas del día 20 de Diciembre 2018, Los señores
Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 879 - 2018 - D - FE
PRESIDENTE: Dña. Jonta Palomino Buitrago
SECRETARIO: Hg. Dña. Pais Lescay
VOCAL: Hg. Cruz Marcelina Polo Camporomero
Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:
" Experiencia de personas con cáncer post operados de cirugía abdominal
frente al cuidado enfermero en un hospital de Chiclayo 2017 "
.....
patrocinada por el profesor (a) Hg. Lucio Otaname Carretero
Presentada por el (los) Licenciados (a) GLORIA MARITZA PAZ RAMOS
TERESA MERCEDES MONTENEGRO MESONES
Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: Infermería en Cuidado Crítico y Emergencia
.....
Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado,
dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado,
después de deliberar, declaró APROBADA por UNANIMIDAD, las tesis con el
calificativo de BUENO; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las
sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella
intervinieron.

PRESIDENTE

VOCAL

SECRETARIO

PATROCINADOR



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAPH

**ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD**

Libro de Acta N° 03 Expediente: 2473-2018-VB-FE N° 182

Licenciada: TERESA MERCEDES MONTENEGRO HESONES

en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a las
..... horas del día 20 de Diciembre 2018, Los señores

Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 879-2018-D-FE

PRESIDENTE: Dña. Tania Palomino Guiray

SECRETARIO: Mg. Doris Luis Sessano

VOCAL: Mg. Cruz Marceline Polo Campalones

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Experiencias de las personas con cáncer post operado de cirugía
abdominal frente al cuidado enfermero en un hospital de
Chilayo 2017"

patrocinada por el profesor (a) Mg. Lucio Manamé Carretero

Presentada por el (los) Licenciados (a) TERESA MERCEDES MONTENEGRO HESONES

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: Enfermería en Cuidado Crítico y Emergencia

Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado,
dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado,
después de deliberar, declaró APROBADA por UNANIMIDAD, las tesis con el
calificativo de BUENO; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las
sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella
intervinieron.

Tania Palomino Guiray
PRESIDENTE

Cruz Marceline Polo Campalones
VOCAL

Doris Luis Sessano
SECRETARIO

Lucio Manamé Carretero
PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Lic. Enf. Montenegro Mesones Teresa Mercedes y Lic. Enf. Paz Ramos Gloria Maritza. investigadoras principales, y MSc. María Lucía Chanamé Carretero, asesora del trabajo de investigación “EXPERIENCIAS DE PERSONAS CON CÁNCER POST OPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL FRENTE AL CUIDADO ENFERMERO EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO 2017” declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, Noviembre 2018.

Investigadora: Lic. Enf. Montenegro Mesones Teresa Mercedes-----

Asesora : Mg. María Lucia Chaname Carretero -----

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Lic. Enf. Montenegro Mesones Teresa Mercedes y Lic. Enf. Paz Ramos Gloria Maritza. investigadoras principales, y MSc. María Lucía Chanamé Carretero, asesora del trabajo de investigación “EXPERIENCIAS DE PERSONAS CON CÁNCER POST OPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL FRENTE AL CUIDADO ENFERMERO EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO 2017” declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, Noviembre 2018.

Investigadora : Lic. Enf. Paz Ramos Gloria Maritza. -----

Asesora : Mg. María Lucia Chanamé Carretero -----

DEDICATORIA

A Dios, nuestro padre celestial por permitir la realización del presente Trabajo de
Investigación.

A Nuestra Madre Santísima la Virgen María por darnos fortaleza y guiarnos para la
culminación de la presente investigación.

De manera especial a nuestra familia: Padres, Esposos e Hijos por ser el motivo que nos
impulsa al logro de objetivos.

Teresa y Maritza.

AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro Padre, por darnos vida, salud y brindarnos todo lo que tenemos a nuestro alrededor del cual podemos disfrutar.

A las pacientes del servicio de Cirugía que colaboraron con sus testimonios para la investigación

A la jefa de enfermeras del servicio de cirugía por su apoyo durante la recolección de datos.

A los miembros del jurado por su valiosa contribución en el trabajo de investigación

De manera especial a nuestra asesora Mg. María Lucía Chanamé Carretero, por sus acertadas orientaciones recibidas en la realización de la investigación.

Teresa y Maritza.

INDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN	3
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	5
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	6
DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTO.....	8
INDICE	9
RESUMEN.....	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	6
CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO	7
L ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS.....	7
1.1. Antecedentes	7
1.2. Bases Teóricas Conceptuales	8
1.3 Marco contextual.....	24
CAPÍTULO II	26
CAPITULO II METODOS Y MATERIALES	27
2.1 Tipo de Investigación	27
2.2 Diseño de la investigación.....	27
2.3 Población y Muestra.....	33
2.4 Técnica e instrumento de recolección de datos	34
2.5 Análisis de datos	35
2.6 Principios de Rigor Científico.....	36
2.7 Principios Bioéticos	37

CAPÍTULO III	39
CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
3. Presentación y discusión de los resultados	40
3.1. Presentación de los resultados	40
3.2 Discusión	41
CAPÍTULO IV	55
CAPITULO IV CONSIDERACIONES FINALES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APENDICE	64
APENDICE N° 1	65
APENDICE N° 2	66
APENDICE N° 3	67

RESUMEN

Las personas con cáncer post operados de cirugía abdominal pasan por una serie de experiencias, reacciones y sentimientos, por ello se planteó la interrogante: ¿Cómo son las experiencias de las personas con cáncer post operados de cirugía abdominal frente al cuidado enfermero en un Hospital de Chiclayo-2017? teniendo como objetivo describir y explicar las experiencias de las personas con cáncer post operados de cirugía abdominal frente al cuidado enfermero. La investigación fue cualitativa con enfoque estudio de caso, la muestra fueron 10 personas entre 39 a 62 años, de ambos sexos, seleccionada a través de la técnica de saturación. La técnica para recolectar la información fue la entrevista semi estructurada a profundidad., usándose como instrumento la guía de entrevista con pregunta norteadora; teniéndose en cuenta los principios bioéticos y el rigor científico, los datos se procesaron con la técnica de análisis de discursos dando como resultado tres grandes categorías: I.Experimentando Emociones de Tristeza, Vergüenza e Indiferencia, II .Sensaciones Frente al Cuidado de Enfermería, III. Sentimiento de Agradecimiento y Confianza. La discusión de los resultados, a la luz de la literatura existente y los antecedentes de estudio, permitieron obtener las siguientes consideraciones finales La experiencia de estar hospitalizado es una situación difícil y dolorosa para pero que les ayuda a crecer como personas por ello la enfermera debe buscar estrategias para el cuidado de pacientes hospitalizados para que perciban y sientan un cuidado humanizado.

Palabras clave: experiencia de personas, personas con cáncer, personas hospitalizadas, cuidado de enfermería.

ABSTRACT

People with cancer after abdominal surgery operated a series of experiences, feelings and feelings, so the question arose: How are the experiences of people with cancer after abdominal surgery surgery compared to nursing care in a hospital in Chiclayo- 2016? having as objective to describe and explain the experiences of people with cancer after abdominal surgery surgery versus nursing care.

The research was qualitative with case study approach, the sample was 10 people between 39 to 62 years, of both sexes, selected through the saturation technique. The technique for collecting the information was the semi-structured interview in depth, using as an instrument the interview guide with leading question; taking into account the bioethical principles and scientific rigor, the data was processed with the technique of discourse analysis resulting in three major categories: I .Experiencing Emotions of Sadness, Shame and Indifference, IL. Senses Against Nursing Care, IIII. Feeling of Appreciation and Confidence.

The discussion of the results, in light of the existing literature and the background of the study, allowed us to obtain the following final considerations. The experience of being hospitalized is a difficult and painful situation for but that helps them grow as people and that the nurse must look for strategies for the care of hospitalized patients so that they perceive and feel a humanized care.

Keywords: experience of people, people with cancer, hospitalized people, nursing care.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. En los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos.

De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006- 2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%). (1)

Los pacientes que sufren estos tipos de cáncer sobre todo de estómago, son sometidos a cirugía abdominal y ellos son los que reciben y tienen experiencias del cuidado de enfermería.

En 2016, las intervenciones quirúrgicas realizadas al cierre del 2016 fueron de 360 mil 561 cirugías, de los cuales el 48% correspondieron a las cirugías Tipo C, y 10.8% cirugías de Alta complejidad Tipo A. Al cierre del 2016 el total de las intervenciones quirúrgicas realizadas fue de 360 mil 561 cirugías, de los cuales el 48% correspondieron a las cirugías Tipo C, mientras que las intervenciones de Alta complejidad (Tipo A) representan el 10.8% del total de cirugías².

Es necesario reconocer que el éxito de las intervenciones quirúrgicas, que se realizan no sólo depende de la intervención médica, sino también de los cuidados de enfermería que se le brinda a la persona hospitalizada durante las 24 horas del día, frente a este cuidado las personas viven experiencias del cuidado enfermero que recibe y muchos de ellos se sentirán contentos, pero otros sentirán experiencias desagradables pensarán que se les deja de lado lo cual podría afectar sus sentimientos como personas. Esta situación no es ajena a nivel

local, en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo, las personas que fueron sometidas a cirugía abdominal oscilaron entre un 35% a un 38% del total de población asegurada. (3)

Las personas al ser diagnosticadas de cáncer, tanto el propio paciente como los miembros de la familia reaccionan de forma diferente, observándose que a partir del momento en que el paciente es sometido a una cirugía abdominal se producen cambios en su vida y que algunos pacientes no reconocen ni comprenden la complejidad de su estado de ahí que sus experiencias son diferentes frente al cuidado de enfermería.

Durante el periodo post-operatorio, las pacientes viven diferentes experiencias: pueden presentar dolor, estados de tensión, ansiedad o miedo, como consecuencia de la incertidumbre de lo desconocido, sensación de mutilación e incluso cercanía a la muerte. (4)

Los pacientes post operados de cirugía abdominal trasladados al servicio de cirugía expresaron diferentes experiencias, algunos refieren que no fueron atendidos a tiempo y a pesar de tener la necesidad de tener comunicación con las enfermeras que los atienden, al no contar con ellos hubieron algunos pacientes tuvieron experiencias negativas en relación al cuidado que le brindan.

Es necesario reconocer que el cuidado que brindan las enfermeras a los pacientes post operados de cirugía abdominal en cuidados intensivos generalmente están dirigidos a revisar el estado de conciencia, signos vitales, observación zona operatoria (apósitos y drenajes), observación, evaluación y alivio del dolor (escala EVA) y observación precoz de complicaciones porque conocen que de ellos depende la vida del paciente, pero estos cuidados se puede realizar en forma simultánea a la atención, sin deteriorar en ningún momento la calidad de los cuidados y sin consumir un minuto más de su tiempo.

Pero hay enfermeras que no lo realizan a veces por la demanda de pacientes de su cuidado, pero son estas situaciones las que generan experiencias negativas en los pacientes como: temor, inseguridad, vergüenza en los pacientes a quienes se les escuchan quejarse con sus familiares o entre compañeros, de la forma en que son tratados en la unidad de cuidados intensivos, por el personal de salud, mientras que otros manifiestan sentir alegría, bienestar, comprensión por el cuidado que le dan algunas enfermeras

Frente a esta problemática, las investigadoras se plantean las siguientes preguntas: ¿Las experiencias de pacientes oncológicos con cirugía abdominal hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos con el cuidado enfermero son positivas?, ¿Las experiencias de pacientes oncológicos con cirugía abdominal hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos con el cuidado enfermero son insatisfactorias?

La problemática señalada y las interrogantes planteadas nos llevaron a formular el siguiente problema de investigación: ¿Cómo son las experiencias de las personas con cáncer post operados de cirugía abdominal frente al cuidado enfermero en un Hospital de Chiclayo-2017? teniendo como objeto de investigación: Experiencias de las personas con cáncer post operados de cirugía abdominal frente al cuidado enfermero, el objetivo que orienta la investigación Describir y explicar las experiencias de las personas con cáncer post operados de cirugía abdominal frente al cuidado enfermero en un Hospital de Chiclayo-2017.

La presente investigación se justifica porque el cuidado de enfermería, se continúa enfocando en la dimensión biológica, dejando de lado las dimensiones psicosociales y espiritual de la persona que se cuida.

Del mismo modo permite ofrecer una información contextualizada de las experiencias de las personas con cáncer post operada de cirugía abdominal que han sido cuidadas en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) que permita una reflexión al equipo de enfermeras y

las motive a brindar un cuidado tomando en cuenta las dimensiones de la persona pos operada, detectando así oportunamente experiencias negativas que pueden influir en el restablecimiento de su salud. Desde la disciplina de Enfermería, el interés por comprender las experiencias de las personas post operada de cirugía abdominal, corresponden a la dimensión subjetiva, que es necesario que se hagan transparentes para tener evidencia científica de cómo se está brindando el cuidado, que permita ser soporte para el cuidado que brinda.

Los resultados de la presente investigación servirán a las enfermeras de la UCI del hospital de EsSalud, tener un diagnóstico real sobre experiencias del cuidado de enfermería que tiene el paciente sobre el cuidado que reciben, para evaluar y mejorar el cuidado que brindan.

Permitirá revisar el perfil de las enfermeras, diseñar y desarrollar programas de capacitación y aplicar nuevas estrategias de cuidado de enfermería en el postoperatorio.

Así mismo servirán como antecedentes, y fuente bibliográfica para el proceso formativo de pre y post grado y de motivación para otros proyectos de investigación similares con otros enfoques.

El presente informe está estructurado de la siguiente forma:

Introducción: en la que se toma en cuenta la problemática del problema, el problema, objeto, los objetivos y la justificación e importancia de la investigación.

Capítulo I: Diseño teórico, aquí se encuentra los antecedentes y bases teóricas

Capítulo II: Métodos y materiales, aquí se ubica el tipo y diseño de investigación, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, análisis de los datos, rigor científico y principios éticos.

Capítulo III: Resultados y Discusión, aquí se encuentran las categorías y subcategorías con su respectivo análisis.

Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones, donde se encuentran las apreciaciones de las investigadoras respecto a los resultados obtenidos en la investigación y también las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO

L ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS

1.1. Antecedentes

Se han encontrado investigaciones directamente relacionadas con el objeto de la investigación.

Santiago E. Vargas E. 2015 (5) en Colombia realizaron una investigación sobre Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla cuyo objetivo fue Conocer el significado de las experiencias vividas en una unidad de cuidado intensivo coronario de una clínica de Barranquilla con metodología cualitativa, fue descriptivo, con enfoque fenomenológico, los resultados: Se identificaron cuatro categorías que los reflejan el fenómeno estudiado: 1) El primer contacto con la unidad; 2) Lo malo de estar hospitalizado en la unidad; 3) Confianza en Dios; y 4) Pérdida de la percepción del tiempo. Las conclusiones: Las vivencias expresadas por los participantes corroboran lo hallado en estudios similares, los cuales convergen al afirmar que el ingreso a la unidad de cuidado intensivo genera una serie de sentimientos negativos en la persona, que marcan de manera significativa su experiencia de vida. Pero también influyen aspectos positivos derivados de la atención humanizada del personal de enfermería (5)

Dos Santos G M.,Garanhani, M. L., Aparecidac.,(6) en el 2014 en Brasil se realizó la investigación El tratamiento de cáncer infantil-juvenil: revelando las experiencias de los padres cuyo objetivo fue comprender las experiencias de padres/madres de niños y adolescentes con cáncer, en tratamiento. Cuyos resultados fueron: tres categorías: “Experimentando los problemas del tratamiento”; “Temiendo la posibilidad de asustarse” y

“Experimentando el descuido del otro”. Evidenciamos que durante y después del tratamiento los padres experimentaban el miedo a lo desconocido y la incertidumbre del porvenir de sus hijos, especialmente al observar la muerte de otros niños; también, experimentan la indiferencia de los profesionales de los servicios de salud local, así sintiéndose desamparados e inseguros. Conclusión: consideraron indispensable que los profesionales del área de la salud, con destaque para los de enfermería, reflexionen sobre sus acciones de cuidados orientadas a los padres de hijos con cáncer, reconociendo sus necesidades existenciales y objetivando auxiliarlos en su facticidad.

A nivel Nacional y a nivel local, no se han encontrado antecedentes con el objeto de investigación

1.2. Bases Teóricas Conceptuales

En la presente investigación el objeto de estudio son las Experiencias de las personas con cáncer post operados de cirugía abdominal frente al cuidado enfermero en una unidad de cuidados intensivos por lo que se abordara aspectos relacionados con las experiencias

La experiencia es definida como “conocimiento que se adquiere con la práctica” también “todo lo que es aprehendido por los sentidos y constituye la materia del conocimiento humano” (7)

La experiencia en filosofía, en el sentido tradicional, es el reflejo empírico-sensorial del mundo exterior. Se divulgó ampliamente el punto de vista de que la experiencia es la única fuente de todo saber Cabe decir que se reconocía la fuente externa, objetiva e independiente de la conciencia, de la experiencia.

El carácter contemplativo del materialismo comprendía que la experiencia sólo se consideraba como resultado de la percepción pasiva del mundo externo. Pero la experiencia sensorial de por sí no proporciona un saber universal y necesario, sino que sólo capta el

aspecto externo, superficial, de los fenómenos del mundo objetivo. Como reacción a las deficiencias del materialismo contemplativo en la interpretación del concepto de experiencia surgió, el racionalismo y, por la otra, la concepción idealista subjetiva y agnóstica de la experiencia. Esta última reducía la experiencia a los distintos estados de la conciencia del sujeto (vivencias, sensaciones, percepciones, enunciados verbales, construcciones teóricas del pensamiento) y obviaba la fuente de la experiencia o la proclamaba incognoscible por principio.

La filosofía marxista no la define como contenido pasivo de la conciencia, sino como influencia práctica que el hombre ejerce sobre el mundo externo. Así pues, la experiencia se entiende como interacción del sujeto social con el mundo exterior y también como resultado de tal interacción. En esta concepción, la experiencia se funde directamente con toda la práctica social colectiva. (8)

La experiencia "En la medida en que el entendimiento humano haya de ser fuente de algún tipo de certeza que vaya más allá de la mera autoconciencia, debe apuntar a algo que no sea él mismo"; ese algo, lo otro del entendimiento, en relación con lo cual se puede plantear la cuestión de la certeza como objetividad que rebasa los límites del *cogito*, recibe el nombre de experiencia" (9)

Para Kant la experiencia aparece fundamentalmente como el resultado, como el producto de la actividad cognoscitiva, en la que necesariamente interviene como soporte todo el conjunto de condiciones interpuestas por la objetividad humana, Kant parte de una distinción del conocimiento entre empírico y puro, que se definen respectivamente por los conceptos de receptividad y espontaneidad. En este sentido puede afirmarse que Kant reconoce un conocimiento empírico, y en una primera aproximación a la experiencia, la definiría precisamente como conocimiento empírico (10)

Para Hegel experiencia es, la sustitución de una falsa o incompleta o imperfecta convicción por otra verdadera más completa y perfecta; es lo que en términos religiosos se llama conversión, y en términos pedagógico-ilustrados transformación de la conciencia. Según Hegel, en la experiencia se forma el sujeto y se forma en la medida en que se abre al mundo, se despliega conociendo y actuando en el mundo. De esta manera las condiciones de posibilidad de la experiencia se van configurando por la experiencia, lo trascendental es historia, se convierte en histórico. (10)

Karol Wojtyla refiere que “la experiencia se genera a partir de una inspiración que nace como consecuencia de una necesidad de objetivar su proceso cognoscitivo, en donde esta experiencia que tiene el hombre de sí mismo es la más rica y sin duda alguna, la más compleja de la experiencia que él puede tener de alguna realidad exterior; así mismo está asociada a la experiencia del propio yo, de modo que nunca experimenta nada exterior sin tener la experiencia de sí mismo”

La experiencia de cada individuo está formada por un conjunto de sensaciones y emociones que posteriormente son ordenadas por la mente, indudablemente cada experiencia es un hecho singular y cada una de las veces en que se produce es algo único e irrepetible pero aun así, existe algo que, debido a toda una secuencia de momentos empíricos, se puede denominar la experiencia. (11)

La experiencia de cada persona es única y se forma por las emociones y sentimientos que vive la persona en una situación determinada y que para narrarla tiene que ordenarlas para poderlas compartir con otras personas, lo que le puede generar sentimientos y sensaciones agradables o desagradables.

La experiencia como el conocimiento directo por haber realizado, vivido, sentido, sufrido uno mismo; es decir, es el conocimiento obtenido de manera individual, no es transferible o

enseñado, se requiere vivir el proceso de aprendizaje para construir experiencia y además para un observador, es abordada en principio como un algo intangible que distingue a una persona de otra en cuanto a la forma y la eficacia de abordar la realidad (12).

La Experiencia involucra elementos fundamentales: los sentimientos, emociones y sensaciones que se experimentan y las ideas que se desarrollan para afrontar y adaptarse a una nueva situación a la que le da mucho significado. (13)

Manifestaciones de la Experiencia

La experiencia se manifiesta a través de emociones, sentimientos y sensaciones en una situación determinada que le permite a la persona exteriorizar su parte interna, subjetiva.

La Emoción

Es la “respuesta inmediata del organismo que le informa del grado de favorabilidad.

Los componentes de la emoción positiva pueden ser positivos o negativos.

Dentro de las emociones negativas se tiene: tristeza, asco, miedo, desamparo, culpa, y rechazo y dentro de las emociones positivas se tiene: amor, deseo, comprensión, alegría y amistad. (14)

La emoción ésta delimita por estados de ánimo de una cierta agudeza, producidos casi siempre por un estímulo exterior y acompañados de un correlato fisiológico manifiesto. “El término emoción se refiere a un sentimiento y a los pensamientos, los estados biológicos, los estados psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan. (15)

El ser humano es de naturaleza emocional, y el estado de ánimo suele reflejarse de forma inequívoca en las expresiones faciales.

Las emociones básicas la tristeza, la felicidad, el miedo, la ira, la sorpresa y el asco. El grupo de científicos del *Instituto de Neurociencias y Psicología* ha afirmado que, aunque las señales de expresión faciales de felicidad y tristeza son manifiestamente diferentes de principio a fin, el miedo y la sorpresa comparten una señal base, los ojos totalmente abiertos, al principio de producirse ambas expresiones.

Asimismo, el asco y la ira tienen en común la nariz arrugada en los primeros instantes en que se emiten. Estas señales podrían ajustarse a una ancestral señal que emitimos cuando estamos ante un peligro. (16)

Las emociones son procesos psico-fisiológicos de nuestra conducta que inducen a actuar que se originan en el sistema límbico del cerebro, son estados complejos en los que intervienen distintos componentes:

Fisiológicos: Son procesos involuntarios, la primera reacción: aumenta el tono muscular, la respiración, se producen cambios hormonales.

Cognitivos: La información se procesa, tanto a nivel consciente como inconsciente que influye en nuestra experiencia subjetiva.

Conductuales: Movimientos del cuerpo, del tono de voz, de la cara.

Las emociones son las primeras reacciones que se experimentan frente a un estímulo y que tiene que ver con el sistema límbico. Funcionan como si fueran señales o impulsos que indican lo que está sucediendo para así poder dar una respuesta que resuelva la situación. Estos estados anímicos implican una gran actividad mental, pero no solo mental sino orgánica y otorgan de velocidad a nuestro pensamiento para adaptarnos al medio ya sea por causas externas o internas.

Teoría Evolucionista Sobre Las Emociones

Plutchik R.(1927-2006) desarrolló una teoría evolucionista sobre las emociones. Dividió las emociones en 8 categorías básicas o primarias con claras funciones específicas para la supervivencia: temor, sorpresa, tristeza, disgusto, ira, esperanza, alegría y aceptación. El resto de emociones eran combinaciones de estas emociones primarias para ampliar el abanico de experiencias. Según esta teoría, las emociones varían en su grado de intensidad, la ira es menos intensa que la furia y la ira más intensa que el enfado. Cuanto más intensa es una emoción más motivará una conducta afín a ella.

Componentes de las Emociones

Según Wukmir, la emoción tiene un componente cualitativo (positivo o negativo) según el vocablo utilizado para describir la emoción, refiere que es la “respuesta inmediata del organismo que le informa del grado de favorabilidad

Los componentes de la emoción positiva pueden ser positivos o negativos.

Dentro de las emociones negativas se tiene: tristeza, temor. Inseguridad, miedo, desamparo indiferencia y rechazo.

Dentro de las emociones positivas: amor, deseo, comprensión, alegría y amistad. (17)

Los sentimientos

Surge de la expresión, que procede del latín “sentiré” que significa pensar, opinar o darse cuenta de algo. (18). Los sentimientos son considerado como la “experiencia o disposición

afectiva de agrado o desagrado, con referencia a un objeto, persona o idea abstracta y que carece de la característica de verdadera emoción” (19).

Si se considera que los sentimientos son estados afectivos complejos y estables. Los sentimientos son el resultado de una emoción, y tiene su origen en el neocórtex, concretamente en el lóbulo frontal. La respuesta a un sentimiento puede ser física y/o mental, y está mediada por neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina y la serotonina. Asimismo, los sentimientos duran más que la emoción, pues su duración es proporcional al tiempo en que pensamos en ellos.

Los sentimientos, según la manera como se viven, afectan el estado de ánimo y pueden ayudar o no a elaborar un proceso intelectual que condicione la capacidad cultural, o comunicativa, o de discernimiento, o de estabilidad, etc. Esto se constata especialmente en las personas hospitalizadas que es cuna de emociones y sentimientos encontrados, creando unas complejas predisposiciones y estilos de hacer que afectarán durante la vida. (20)

Los sentimientos que experimenta el ser humano pueden ser positivos y negativos. Dentro de los positivos pueden ser: Euforia, Admiración, Afecto, Optimismo, Gratitud, Satisfacción, Amor y Agrado y los Sentimientos negativos que se experimentan de forma desagradable: enfado, odio, vergüenza tristeza, Indignación, celos Impaciencia, envidia, y venganza.

Para las autoras los sentimientos son estados afectivos relativamente estables y menos intensos, pero más duraderos adquiridos durante el proceso de socialización y experimentados únicamente por los seres humanos.

Las sensaciones

Las sensaciones son estímulos que recibimos desde el exterior, desde nuestro entorno, y que son captados por uno o más de nuestros sentidos: vista, olfato, oído, tacto o gusto.

Sensaciones se las entiende como un tipo de conocimiento directo e inmediato que da lugar a estados mentales no proposicionales que transmiten información no conceptualizada, y normalmente son causados por la estimulación de los órganos de los sentidos. (21)

En torno a esto, se da un descubrimiento y reconocimiento de estímulos o eventos ocurridos en el ambiente, tienen por tanto un carácter cualitativo y solo son directamente accesibles al sujeto cognoscente que las tiene. (22). Como vemos, estos flujos de información que llegan al cerebro son una especie de respuesta de los órganos sensoriales a los estímulos externos, resulta entonces natural decir que el ser humano adquiere conocimiento del mundo a través de los sentidos.

Las sensaciones son la respuesta directa e inmediata a una estimulación de los órganos sensoriales. Los cinco sentidos: Vista, Oído, Tacto, Olfato y Gusto. Los cinco sentidos clásicos forman los llamados exteroceptores o sentidos abiertos al análisis de la realidad exterior del organismo.

El sentido de la vista es aquel encargado de detectar aquellas sensaciones creadas cuando la persona observa o mira su entorno. Dentro de este mismo sentido encontramos dos tipos de sensaciones visuales diferentes:

- Sensaciones cromáticas: generadas por la detección de los colores.
- Sensaciones acromáticas: sensaciones generadas por el grado de claridad del ambiente. Este va desde el blanco hasta el negro absoluto.

Estas sensaciones visuales son desarrolladas por las personas hospitalizadas al tener contacto con el servicio, el color del uniforme, el material que utilizan para su cuidado de las personas que están a su cuidado.

El sentido del oído, este sentido nos permite detectar los sonidos que llegan al mecanismo interno del órgano auditivo en forma de vibraciones y los cambios en la presión del medio. Estas sensaciones pueden ser diferentes en función de la altura y del tono, igual que también varía en función del timbre. Características como la frecuencia, la intensidad y la complejidad de las ondas de sonido que nos llegan del medio externo son detectadas por los receptores auditivos del oído. Las sensaciones son captadas por las personas hospitalizadas, si bien es cierto el estar en la UCI, es porque están delicadas, pero no dejan de escuchar lo positivo y negativo de su salud.

El sentido del olfato tiene la capacidad para percibir los aromas y olores del medio es conocida como sentido del olfato. La aparición de cualquier fragancia externa, tanto agradable como desagradable, activa los receptores capilares de las fosas nasales. Estos receptores trasladan la señal al bulbo olfatorio, situado en la base del cerebro.

Las personas hospitalizadas perciben el olor de las sustancias que son utilizadas para su cuidado y reaccionan frente a ellas con agrado o desagrado.

El sentido del gusto es aquella sensación producida por una reacción química que se da cuando una sustancia es detectada por las células receptoras del gusto, situadas en las papilas gustativas de la cavidad bucal, principalmente en la lengua.

El sentido del tacto es aquel cuyas sensaciones responden a los cambios en la superficie del cuerpo. Es decir, la piel de la persona hospitalizada en UCI; la cual puede sentir todo aquel estímulo o elemento que lo toque. A través del sentido del tacto puede percibir e identificar las características de los objetos, les permite conocer si es suave, rugoso o áspero. De la misma manera, también puede informar de la temperatura de las manos los objetos mediante la activación del termo receptor.

Las células receptoras de información sensorial se encuentran conectadas a las fibras nerviosas aferentes. Ante la detección de un estímulo táctil, los receptores sensoriales se activan transportando la información hacia los centros cerebrales correspondientes.

La sensación tiene umbrales dentro de ellos tenemos:

- Umbral absoluto que es el nivel mínimo o máximo a partir del cual un individuo puede experimentar una sensación. Es la barrera que separa los estímulos que son detectados de los que no son detectados.

- Umbral absoluto mínimo, es el punto en que el individuo percibe una diferencia entre algo y nada.

- Umbral absoluto máximo, cuando la sensación experimentada por el individuo es tan fuerte que no es percibida de forma completa.

- Umbral relativo o diferencial, este umbral es la diferencia mínima que se puede detectar entre dos estímulos. (23)

Todo lo que se presenta a través de los sentidos, nos provoca de una manera u otra alguna sensación específica. Asimismo, todo sonido que escuchemos a nuestro alrededor nos provocará sensaciones determinadas: nos generará pánico o preocupación, o bastante placer o comodidad sonora.

Cuando un estímulo exterior en particular es recibido por nosotros se transforman en impulsos eléctricos que por medio del sistema nervioso arriban al cerebro, lo cual permite clasificar y ordenar dicha información proporcionada por el estímulo y provocarnos una u otra sensación o reacción específica, como placer. Ese proceso, claro dura apenas unas milésimas de segundo, las necesarias como para que nuestra respuesta al estímulo sea más que inmediata.

La reacción ante determinadas sensaciones a veces, no sólo depende de si sentimos, si no que otras veces podemos experimentar determinadas sensaciones a partir de vivencias o experiencias anteriores. (24)

Para las investigadoras la experiencia se entiende como todo aquello que la persona vive o ha vivido y lo manifiestan mediante emociones, sentimientos y sensaciones de las personas que la viven. En esta concepción, la experiencia se da directamente en la práctica que vive la persona hospitalizada con la enfermera que lo cuida.

Personas con cáncer post operados de cirugía abdominal

El cáncer es una enfermedad considerada como no transmisible y común en nuestro país, la mitad de todos los hombres y un tercio de las mujeres tendrán un diagnóstico de cáncer en su vida, muchas personas con cáncer sobreviven. Para la mayoría de las personas con cáncer, vivir con la enfermedad es el desafío más grande que jamás han enfrentado, porque cambian sus rutinas, roles y relaciones, así como puede causar problemas de dinero y de trabajo.

El cáncer puede cambiar la forma en que se siente o su apariencia de la persona, más que todo si tiene que ser sometido a una cirugía abdominal, donde el peligro de la muerte es un riesgo.

Cirugía abdominal

La cirugía abdominal es la especialidad médico-quirúrgica que cubre los procedimientos quirúrgicos que implican la apertura del abdomen.

Dependiendo del tipo de intervención se tiene: Anastomosis, se realiza para establecer la continuidad del tubo digestivo después de una exéresis que es la ablación de un órgano o de una porción, las Derivaciones, son circuitos anormales creados artificialmente por la cirugía

para evitar poner en reposo o suplir un circuito normal deficiente y las Plastias, es una cirugía reparadora que tiende a dar a un órgano su forma o su función primitiva. (25)

La atención al paciente en la sala de recuperación en esta etapa los cuidados de enfermería tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post-operatorias.

Además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia cuyos objetivos es: Asegurar la conservación de la función respiratoria adecuada, Vigilar y prevenir la depresión respiratoria., Mantener el estado hemodinámico del paciente, Vigilar el estado de conciencia y condiciones generales del paciente y Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad.

Para la enfermera observar posibles signos adversos de la anestesia general o raquídea: Hipertermia maligna, vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad como signos y síntomas tempranos de hemorragia y choque son cuidados importantes para la enfermera valorarlos y vigilarlos porque de ellos depende la vida la recuperación de la persona.

En la cirugía digestiva, como en toda cirugía, la recepción y vigilancia del enfermo juega un papel importante en el pronóstico de la intervención. Una vez que el paciente, procedente de quirófano llega a la unidad de recuperación quirúrgica, los profesionales de enfermería realizan la valoración inmediata del período postoperatorio: Estado cardiovascular, color y temperatura de la piel, Vía aérea y respiración, estado hídrico, signos de deshidratación, gastrointestinal, el paciente permanecerá en dieta absoluta hasta que el facultativo lo autorice,

verificar sueroterapia, sonda nasogástrica, Seguridad y protección para ello es importante contar con cama con barandales para evitar las caídas de los pacientes.

La enfermera realiza control Hemodinámico, monitorización de las constantes vitales, si el paciente llega hipotérmico colocar manta de aire caliente, comprobar perfusiones venosas y accesos vasculares, extracción de control analítico postoperatorio, transfusión sanguínea para corregir una eventual anemia postoperatoria.

Mantener permeabilidad de vías aéreas, valorar profundidad, frecuencia y ruidos respiratorios, administrar oxigenoterapia, ejercicios con respiraciones profundas y tos, son parte del cuidado de enfermería así como la alimentación, hidratación y eliminación permite asegurar el adecuado estado nutricional de la persona.

Pero también es importante el valorar el nivel de conciencia, proporcionar alivio del dolor en el postoperatorio, control del dolor mediante administración de analgesia.

La necesidad de reposo y sueño, tranquilizar emocionalmente al paciente es importante como también lo es la revisión de herida quirúrgica la higiene corporal (25).

El cuidado que se le brinda al paciente pos operado es lo que hace que tenga experiencias, sentimiento o sensaciones durante la estancia en el hospital hacia el cuidado que le brinda la enfermera.

Cuidado enfermería

Para brindar cuidado a las personas con cáncer post operadas de cirugía abdominal hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos las enfermeras necesitan tener conocimiento del cuidado y para ello es necesario conocer a las diferentes teorías de enfermería para seleccionar , para ello las investigadoras aplicaran la teoría del cuidado

humano de Jean Watson que sostiene que ante el riesgo de la deshumanización en el cuidado de los pacientes a causa de la reestructuración de los sistemas de salud, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, por parte de los profesionales de enfermería.

Para ella, el acto de cuidar debe ser amplio, sanador del espíritu y el cuerpo. El profesional de la enfermería, en su interrelación con el paciente, debe ayudarlo a adoptar conductas de búsqueda de la salud, determinando para ello diez factores del cuidado:

1. Formación de un sistema de valores humanistas y altruistas para que los cuidados se conviertan en una práctica amable y ecuánime, dándole sentido al acto de cuidar. Estos valores se aprenden desde muy temprano en la vida, pero en la juventud son importantes los modelos, es por ello que las enfermeras asistenciales juegan un rol destacado en la evidencia de estos valores. Por ello las enfermeras que trabajan en la UCI necesitan y deben aclarar los valores que poseen.
2. Instilación de fe y esperanza, en donde los cuidados se transforman en una presencia auténtica que permite y sostiene el sistema profundo de creencias, tanto del que cuida, como del ser que es cuidado. Es necesario volver la mirada hacia los aspectos ancestrales del cuidado, en donde adquieren importancia la fe y la esperanza en las creencias que el ser humano sustenta tanto para su salud como para su curación. En esta unidad de hospitalización, tanto las personas hospitalizadas sienten que se van a morir y al tener este sentimiento las enfermeras deben motivar a la esperanza que deben tener las personas y la fe en los que ellos crean, lo cual puede ayudar a su recuperación.

3. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás, y las propias prácticas espirituales y transpersonales. La psicología humanista y transpersonal considera que la relación que se establece con el paciente es clave para lograr resultados en salud incluso más que los métodos tradicionales.

La comunicación entre la enfermera/o y la persona cuidada debe ser auténtica, un encuentro persona a persona.

La relación con las personas hospitalizadas es clave para su recuperación, sobre todo si se desarrolla una buena comunicación con la persona hospitalizada y sus familiares.

4. Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza. Para que los cuidados sean auténticos es necesario que esta relación se desarrolle y se sostenga en una confianza mutua. La enfermera debe ver al paciente como ser humano que necesita ser comprendido, no como “objeto” de sus cuidados, objeto al que se puede manipular y tratar.

5. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos. Este punto se deriva del tercero: cultivar la sensibilidad de uno mismo y de los demás. El auto-conocimiento y la aceptación permiten compartir sentimientos con el otro. La autora de esta teoría reconoce que es una experiencia que implica riesgos, tanto para las enfermeras como para los pacientes; la enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e intelectualmente una situación, y ser capaz de establecer la diferencia.

6. Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones. Esta es una actitud creativa para resolver problemas, es una forma de conocer

las partes del proceso del cuidado incorporando el arte en la práctica de cuidar-sanando. El cuidado de enfermería adquiere el carácter científico basándose en un método organizado y sistemático.

El uso del método de resolución de problemas como herramienta ha permitido a las enfermeras una práctica científica del cuidado.

7. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal. Es una experiencia genuina de enlazar la enseñanza y aprendizaje como una unidad de “ser” y con “significado”. Los profesionales de la salud, en general, tienen el deber de prepararse para educar y entregar información a la persona cuidada, de este modo, la van a ayudar a adaptarse y a disminuir el estrés; a la vez, las enfermeras/os también deben aprender a recibir del otro.

8. Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual, proporcionando un ambiente sanador en todos los niveles, dando fuerza y energía al “ambiente no físico”, reforzando la belleza, la integridad, la comodidad, la dignidad y la paz. El bienestar se debe evaluar desde el paciente y no por rutinas establecidas en los servicios hospitalarios.

Aspectos como una cama confortable, una posición correcta y la realización de ejercicios, son tan importantes como explicar al paciente los procedimientos que se van a realizar, y la satisfacción de sus necesidades espirituales.

9. Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas. Satisfacer las necesidades básicas dándole sentido al cuidado, suministrando la esencia del cuidado humano, reforzando la integridad cuerpo, mente y espíritu, como un ser único en todos los aspectos del cuidar, incorporando el desarrollo espiritual profundo.

10. Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas. Se deben atender y abrir los misterios espirituales y existenciales de la vida y la muerte cuidando el alma de uno mismo y del ser que se cuida.

Estos factores del cuidado que se tornan importantes hoy en los sistemas de salud, en donde el usuario solicita ser respetado y valorado como ser humano. (26)

En la presente investigación la teoría del Cuidado Humano aportara en la medida que ayude a una mejor comprensión de las experiencias de los pacientes con cáncer pos operados frente al cuidado enfermero, para poder describir y explicar sus experiencias desde el aspecto transpersonal y humano.

1.3 Marco contextual

La investigación, tiene como escenario el Servicio de cuidados intensivos y Cirugía General el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo,

La unidad de cuidados intensivos, fue creada el 25 de octubre de 1978 el que tiene como visión un servicio centrado en el asegurado que supere sus expectativas y mejore su bienestar y como misión, brindar una atención integral con calidad, calidez y eficiencia para mantener saludables a nuestros asegurados.

Está ubicado en el tercer piso del edificio nuevo al lado izquierdo. Su infraestructura cuenta con 10 camas y con equipos como bombas infusoras, aspiradores portátiles, puntos de oxígeno empotrado, coche de paro, coches de curaciones, etc. para una atención integral y de calidad a las personas con patologías abdominales.

El servicio cuenta con profesionales de la salud como 14 cirujanos de abdomen, 10 enfermeras asistenciales y 01 enfermera jefa de servicio con amplia experiencia., además cuenta con 6 técnicos de enfermería.

Las personas afectadas que ingresan a esta unidad son exclusivamente con patologías abdominales, muchos de ellos en estado crítico. La estancia hospitalaria varía de acuerdo a la complejidad de la intervención quirúrgica, pero sobre todo a la evolución propia de cada paciente.

Las enfermeras que laboran en esta unidad tienen como mínimo 6 años de experiencia en la Seguridad Social, trabajan en 3 turnos de 6 horas siguiendo un rol establecido. Académicamente la mayoría de ellas tienen especialidad en Centro Quirúrgico y Cuidados Intensivos, algunas de ellas cuentan con estudios especialidad y de maestría. Laboralmente, algunas trabajan en otras instituciones como clínicas y universidades, la mayoría son casadas y en su totalidad tienen carga familiar, pertenecen a la religión católica y económicamente sostienen su hogar.

Las personas que acuden a este servicio son asegurados, adultos y adultos mayores, pertenecen a una clase económica media y a la religión católica, procedentes de macro región nororiental por ser un hospital referencial de nivel IV y con ello diferentes tipos de rasgos culturales.

Estas personas que se hospitalizan en Cirugía en un primer momento, son personas que la mayoría presentan afecciones abdominales, como son los cánceres gástricos, cáncer de colon, ampulomas, apendicitis aguda, litiasis vesicular, hernias, eventraciones, etc., (27) que luego de ser intervenida son derivadas de la Unidad de cuidados intensivos(UCI), donde recibieron el cuidado de las enfermeras y donde tuvieron las experiencias de su cuidado.

CAPÍTULO II

CAPITULO II METODOS Y MATERIALES

2.1 Tipo de Investigación

Para Denzin y Lincoln, citado por Angulo E (28), es aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. En donde el investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.

La investigación cualitativa es de tipo interpretativo, cuya participación es activa durante la investigación teniendo como meta transformar la realidad, de acuerdo a los resultados obtenidos. (29)

Se optó por dicho tipo de investigación, debido a que las investigadoras trataron de **describir y explicar las experiencias de las personas con cáncer pos operadas de cirugía abdominal frente al cuidado enfermero en la unidad de cuidados intensivos (UCI).**

2.2 Diseño de la investigación

La investigación es cualitativa, se desarrolló empleando el abordaje de “estudio de caso”, porque se analiza profundamente a una unidad integral para responder el planteamiento del problema.

Según Pólit los estudios de caso son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. Para el trabajo de investigación se considera como entidad, a cada persona con cáncer pos operados de cirugía abdominal en la UCI. En este método el

investigador intenta “describir y explicar las experiencias importantes que tienen las personas frente al cuidado enfermero.

Los estudios de caso, deben ser simples y específicos, siempre deben estar bien delimitados, con contornos claramente definidos. (30)

Fases del estudio de caso

El estudio de caso presenta tres fases, las que se sobre ponen en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que lo separa. (31)

a. Fase exploratoria

El estudio de caso comenzará con un plan muy incipiente, que se irá delineando más en la medida en que se desarrolló el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos, que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestran más o menos relevantes en la situación estudiada. En este estudio la fase exploratoria se inició desde la identificación de la problemática que ha ido evolucionando con los discursos, lo que ha permitido definir el objeto de estudio.

Siendo el estudio de caso las experiencias, se prosiguió a establecer contacto con las personas con cáncer con cirugía abdominal, que estaban hospitalizadas en la UCI, para elaborar la situación problemática.

b. Delimitación de estudio

Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema (tipo de persona, tipo de cirugía, experiencia), se realizó la recolección de los datos a través de la entrevista semi-estructurada.

Después de aprobado el proyecto se procedió a solicitar la autorización para la ejecución de la investigación, solicitando apoyo de los pacientes que cumplían con los criterios de selección, su consentimiento explicándoles el objetivo de la investigación y la importancia de su participación dándoles la libertad para que expresen sus experiencias.

c. El análisis sistemático y la elaboración del informe

En la fase exploratoria del estudio surgió la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes **para que manifiesten sus experiencias sobre el cuidado enfermero que recibieron en la UCI**, sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado. Estos “borradores” de las relatorías fueron presentados a los interesados por escrito para saber si estaban conforme con lo descrito en la entrevista, si podían agregar u omitir algún contenido de su entrevista. Una vez obtenida la conformidad de las entrevistas se procedió a procesar la información, permitiendo la construcción del objeto en estudio.

Principios del caso de estudio

El estudio del caso presenta principios que a continuación se detallan (31)

a) Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento.

A pesar que el investigador parte de algunos presupuestos teóricos iniciales, él procura mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que surgieron como importantes durante el estudio. El conocimiento no es algo acabado, es una construcción que se hace y se rehace constantemente. Siendo así, el investigador estará siempre estuvo buscando nuevas respuestas en el desarrollo de su trabajo.

La presente investigación, se inició con una base teórica inicial, basada en el objeto en estudio: experiencia, persona con cáncer, cirugía abdominal; sin embargo, la base teórica se fue incrementando en la medida que aparecieron nuevos elementos.

b) Los estudios del caso enfatizan “la interpretación en el contexto”.

Un principio básico de ese tipo de estudio es que, para una comprensión más completa del objeto, es preciso llevar en cuenta el contexto en que él se sitúa. Así para comprender mejor la manifestación general de un problema, las emociones, los sentimientos y las reacciones de las personas deben estar relacionadas a la situación específica donde ocurren o a la problemática determinada a la que están ligadas

El presente estudio de caso, tiene como escenario específico el entorno hospitalario específicamente el servicio de cuidados intensivos donde las personas tuvieron la experiencia y en el servicio de cirugía general fue el lugar donde se les entrevisto, por lo tanto, se tuvo en cuenta los horarios, dinámica de cuidado de las enfermeras, contexto de las normas hospitalarias, entre otros. Es decir el objeto de estudio se circunscribe al ámbito hospitalario.

c) Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda.

El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes.

En el presente estudio, se buscó las experiencias de las personas frente al cuidado de enfermería en la UCI, permitiendo describir y explicar las experiencias de la persona

sobre el cuidado que le brindo la enfermera en cuidados intensivos, para profundizar sobre el objeto de estudio.

d) Buscan una variedad de fuentes de información

Al desarrollar el estudio de caso, el investigador recurre a una variedad de datos, recolectados en diferentes momentos en situaciones variadas y con una variedad de tipos de informantes.

En el presente estudio las investigadoras recolectaron la información haciendo uso de la fuente principal: las personas post operadas de cirugía abdominal por cáncer cuya estancia fue en el servicio de cuidados intensivos, pero se les entrevisto en el servicio de cirugía por ser restringida la permanencia en el servicio para poder entrevistar a las personas.

e) Los estudios de caso revelan experiencias vicarias importantes que permiten generalizaciones naturales.

Los investigadores relatan sus experiencias durante el estudio, de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales. La generalización natural ocurre en función del conocimiento experimentado del sujeto en el momento en que este intenta asociar datos encontrados en el estudio con datos que son fruto de sus experiencias personales.

Los resultados de la investigación sobre la experiencia de las personas hospitalizadas en la UCI, serán publicados en un lenguaje sencillo, para que el lector realice la transferencia a su realidad, y con los puntos que convergen para comprenderla.

f) Los estudios de caso procuran representar los diferentes puntos de vista presentes en una situación social.

Cuando el objeto o situación estudiada puede suscitar opiniones diferentes, el investigador va a procurar traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. La suposición que fundamenta esa orientación es: "la realidad puede ser vista sobre diferentes perspectivas, no habiendo una única que sea la más verdadera".

Las investigadoras se despojarán de sus propios prejuicios a fin de aceptar y analizar las respuestas de cada uno de las personas entrevistadas frente al cuidado de las enfermeras así sean diferentes opiniones, el análisis con la realidad y las referencias teóricas, dejarán contenidos que permitan a quienes lean la investigación, puedan sacar sus propias conclusiones.

g) Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación.

Los datos de estudio de caso pueden estar presentados en una variedad de formas. Los relatos escritos presentan generalmente, estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras de lenguaje, citas, ejemplos y descripciones; a través de esta metodología comprendemos con facilidad la esencia de los discursos, los cuales se consideraron sin alterar ninguna información, posteriormente fueron clasificados de manera clara y precisa en sub categorías y categorías fueron analizados con la bibliografía.

En la investigación se dará a conocer de forma narrativa con lenguaje accesible y sencillo las experiencias de las personas con cáncer post operados del Servicio de Cirugía General que recibieron el cuidado de enfermería.

2.3 Población y Muestra

Población

La población del presente estudio fueron las personas con cáncer post operados de cirugía abdominal que recibieron cuidado de enfermería en el servicio de cuidados intensivos y que fueron transferidos al Servicio de Cirugía General del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo 2016 donde fueron entrevistados. Quienes reunieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Que hayan estado hospitalizados por más de 3 días en la Unidad de cuidados intensivos del HBAAA y posteriormente hayan sido transferidos al servicio de Cirugía General del mismo Hospital.
- Que sean personas de ambos sexos y se encuentren entre 40 y 70 años.
- Que deseen participar y colaborar con la investigación de manera voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Que se encuentren desorientados en tiempo y espacio y con dificultad para articular palabras.
- Que tengan retraso mental.

Muestra

Se obtuvo utilizando la técnica de saturación y redundancia. Es decir, la selección de las personas de la muestra culminó cuando los discursos se repetían en su contenido, considerándose 10 personas que reunieron los criterios de inclusión, cuyas edades

oscilaron entre 39 a 62 años, en relación a los días de hospitalización oscilaron entre los 18 a 62 días y en relación a su procedencia fueron de costa , sierra y selva.

2.4 Técnica e instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se aplicó como técnica la entrevista, la cual fue de tipo semi estructurada abierta a profundidad, siendo esta un proceso comunicativo por el cual se extrae información de una persona.

Una entrevista es un dialogo preparado, diseñado y organizado en el que se dan los roles del entrevistado y entrevistador, la cual requiere de una cuidadosa preparación y realización. El investigador tiene un guion con ítems derivados del problema general que quiere estudiar. (30)

Para la ejecución de las entrevistas se coordinó con el director de la Institución, con el medico jefe del servicio y las enfermeras de UCI y de cirugía , así como los familiares con la finalidad de obtener el permiso para aplicar la entrevista a las personas que habían sido transferidas del servicio de cuidados intensivos.

Se coordinó con los pacientes que reunían con los requisitos de inclusión que fueron trasladados de la UCI al servicio de cirugía, para la entrevista, se realizó previa firma del formato de consentimiento informado por los pacientes. (Anexo 1).

A las personas que se tomó en cuenta para la entrevista fueron aquellos que tuvieron una estancia mínima de 03 días en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNAAA de Chiclayo, y que fueron transferidos al Servicio de Cirugía General del HNAAA. en el cual se le realizó la entrevista .

Se realizó una entrevista a profundidad a cada persona, con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo dirigido a investigar sus experiencias sobre el cuidado de enfermería brindado por la enfermera. Dicha guía fue

estructurada a través de preguntas que orientaron a las investigadoras que les permitió obtener las experiencias de las personas hospitalizadas sometidas a cirugía abdominal con cáncer hospitalizadas y que recibieron el cuidado de enfermería. (Anexo 2)

Durante la ejecución de la entrevista abierta se buscó que la persona manifieste sus emociones, sentimientos y sensaciones, respecto al cuidado recibido en la UCI, para ello se utilizó una grabadora de mano, con previa autorización de los sujetos a investigar con la finalidad de mantener los discursos con la integridad total.

Posteriormente a ello se realizó una relectura de los datos obtenidos para obtener su confirmación de todo lo dicho y/o algún aporte más. Con la finalidad de haber obtenido un discurso coherente con lo que manifestó la persona cuidada.

2.5 Análisis de datos

El análisis de datos cualitativos es el proceso mediante el cual se organiza y se manipula la información recogida por los investigadores, para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y sacar conclusiones (30).

Una vez recolectada y transcrita la información, se asignaron códigos de acuerdo a la persona a la que pertenecían utilizando seudónimos poniéndoles nombres de flores tanto a hombres como a mujeres. Luego se procedió a hacer una lectura y relectura de los textos varias veces, con la finalidad de encontrar discursos o expresiones con significado, las cuales fueron seleccionadas, clasificadas en diferentes categorías.

Posteriormente se obtuvieron tres grandes categorías, las mismas que cuentan con sus respectivas sub-categorías.

Finalmente se realizó el análisis de los discursos encontrados, teniendo en cuenta el marco teórico, los antecedentes de estudio y el contexto en el que ocurren los hechos, acompañándolos de discursos que los fundamenten.

2.6 Principios de Rigor Científico

Según Guba y Lincoln, se considerarán los siguientes criterios de Rigor Científico

(32)

- **Credibilidad:**

Los autores señalan que la confianza de la información que se obtendrá durante la entrevista se apoyara en la verdad, evitando en todo momento los prejuicios de las investigadoras, asimismo en la transcripción de los datos proporcionados no se omitirán ni agregarán frases que le quiten credibilidad a la investigación.

Al momento de conversar con las personas durante la entrevista semiestructurada las investigadoras no emitieron juicios, ni comentarios que cambien los resultados de la investigación, solo se asignaron a obtener la información y copiarla tal y como se obtuvo.

- **Confidencialidad:**

La información obtenida; se mantendrá en reserva asegurando en todo momento el anonimato. Permite salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de la función como investigadores.

Se protegió a los participantes hombres y mujeres, utilizando seudónimos de flores, con el fin de que sus identidades no sean relacionadas con la información que brindaron. Se mantuvo en todo momento en el anonimato de las personas hospitalizadas a quienes se entrevistó, respetando así su dignidad humana y su voluntad.

- **Confiabilidad:**

La información de las personas registrada en cada entrevista, no ha sido manipulada ni alterada por los investigadores. La información que se nos brindó y los resultados obtenidos en las entrevistas aplicadas a las personas hospitalizadas, se registraron tal y como están, sin cambiar, agregar ni borrar nada.

- **Auditabilidad:**

Se realizará un registro y documentación completa de los datos obtenidos en la investigación, de manera que, si otro investigador examina los datos, pueda llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando tenga las mismas perspectivas.

La información obtenida de las personas hospitalizadas que han recibido el cuidado de enfermería, a través de las entrevistas fue recopilada y registrada con la finalidad de que sirva como fuente a futuras investigaciones.

2.7 Principios Bioéticos

En la investigación se aplicarán los principios de la bioética desde el reconocimiento de los derechos humanos aprobados por Decreto Supremo N° 011- Julio 2011 (33)

- **Principio de Respeto de la Dignidad Humana**

La persona humana es considerada siempre como sujeto no como objeto, es respetada no sólo como persona, sino también conforme a su pertenencia a la familia humana y a sus diversidades culturales y para ello se le pidió la firma del consentimiento informado.

En la investigación científica las personas hospitalizadas tuvieron derecho a decidir voluntariamente si participan o no y dar por terminada su participación en cualquier momento, sin tener que sufrir algún tipo de represalia, lo cual no sucedió.

- **Principio de Primacía del Ser Humano y Defensa de la Vida Física**

El interés humano debe prevalecer sobre el interés de la ciencia. La investigación y aplicación científica y tecnológica deben procurar el bien integral de la persona humana. Es la ciencia la que se encuentra al servicio de la persona humana y no la persona humana al servicio de la ciencia.

En la investigación, se evitó exponer a los participantes a experiencias de recuerdos que resultaran dañinos para ellos, y se les explico que los resultados serán estrictamente para fines de investigación.

- **Principio de Autonomía y Responsabilidad Personal**

La autonomía siempre está orientada al bien de la persona humana y nunca en contra de su dignidad, la cual viene integrada a la responsabilidad personal. Toda investigación, científica y tecnológica se desarrollará respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la persona interesada basado en información adecuada.

Se les explico que el conocimiento efectuado podría ser revocado en cualquier momento, sin que esto implique desventaja o perjuicio para ellos En la investigación las personas hospitalizadas decidieron participar, previa información y brindando su consentimiento.

- **Principio de Igualdad, Justicia y Equidad**

Toda investigación científica y tecnológica en torno a la vida humana considerará la igualdad ontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que estos atraviesen.

Al tener contacto con las personas hospitalizadas, participantes de la investigación se les brindo el mismo trato, sin hacer distinción de credo, raza , edad o condición social.

CAPÍTULO III

CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3. Presentación y discusión de los resultados

3.1. Presentación de los resultados

La Experiencia son los distintos estados de la conciencia del sujeto (sentimientos , emociones y sensaciones, enunciados verbales, construcciones teóricas del pensamiento. La experiencia entiende como interacción del sujeto social con el mundo exterior y también como resultado de tal interacción. (34)

Las experiencias de las personas con cáncer posoperadas de cirugía abdominal frente al cuidado enfermero se enfrenta a emociones, sentimientos y sensaciones que influyen para determinar el cuidado que les brindan las enfermeras.

Las categorías y subcategorías obtenidas como producto del análisis del contenido de los discursos, teniendo en cuenta el objetivo de la investigación, son las que a continuación se detallan:

I. Expresando Emociones frente al cuidado de enfermería

1.1. Tristeza al estar alejado de la familia.

1.2. Angustia por la demora en la hospitalización.

II. Sensaciones frente al cuidado de enfermería:

2.1 Sensación de frío al momento del baño

2.2.- Sintiéndolo dolor en los momentos de los procedimientos.

III. Sentimientos de agradecimiento por el cuidado.

3.1 Gratitud y esperanza en Dios

3.2 Agradecimiento al personal de enfermería

3.2 Discusión

Cuando la persona ingresa a un servicio hospitalario para ser sometido a un procedimiento quirúrgico, para restablecer su salud, experimentan una serie de experiencias que es necesario que los profesionales de salud, especialmente las enfermeras, deben conocer para poder ofrecer un cuidado humano.

La experiencia de cada individuo está formada por un conjunto de emociones, sentimientos y sensaciones, que posteriormente son ordenadas por la mente, indudablemente cada experiencia es un hecho singular y cada una de las veces en que se produce es algo único e irrepetible pero aun así, existe algo que, debido a toda una secuencia de momentos empíricos, se puede denominar la experiencia. (11)

La experiencia de cada persona es única y se forma por las emociones, sentimientos y sensaciones que vive la persona en una situación determinada y para narrarla tiene que ordenarlas para poderlas compartir con otras personas, lo que puede generar emociones, sentimientos y sensaciones agradables o desagradables.

La experiencia como el conocimiento directo por haber realizado, vivido, sentido, sufrido uno mismo; es decir, es el conocimiento obtenido de manera individual, no es transferible o enseñado, se requiere vivir el proceso de aprendizaje para construir experiencia y además para un observador, es abordada en principio como un algo intangible que distingue a una persona de otra en cuanto a la forma y la eficacia de abordar la realidad (12).

La Experiencia involucra elementos fundamentales como: los sentimientos, emociones y sensaciones, que experimenta las personas que desarrollan para afrontar y adaptarse a una nueva situación a la que le da mucho significado. (13). La experiencia se constituye en el proceso de la interacción entre el hombre social y el mundo exterior, en el proceso de la actividad práctica, durante el cual el hombre modifica la naturaleza y a sí mismo. (36)

La utilidad o el valor de la experiencia dependerán de cada persona de sus conocimientos y habilidades que ha ido adquiriendo con el paso del tiempo así mismo través de las distintas relaciones que ha tenido con las personas. (35)

Las experiencias de las personas con cáncer pos operadas de cirugía abdominal frente al cuidado enfermero se enfrenta a emociones, sentimientos y sensaciones que influyen para determinar el cuidado que les brindan las enfermeras.

Esta situación se manifiesta en el siguiente estudio realizado los cuales expresaron sus experiencias y que a partir de sus relatos permitió construir las subcategorías de las cuales emergieron las categorías que a continuación se presentan:

1. Expresando Emociones frente al cuidado de enfermería

La experiencia de personas post operadas de cáncer llega a ser tan impactante que genera desequilibrio en la persona y la familia, debido a que es algo que llega de improviso a truncar el desarrollo normal de su vida cotidiana; se convierte así en un evento traumático que moviliza una serie de emociones displacenteras y abrumadoras. A continuación se presentan los principales hallazgos orientados a describir las emociones pensamientos encontrados en las personas pos operadas. En las siguientes subcategorías.

1.1. Tristeza al estar alejado de la familia.

La persona cuando es hospitalizada por una enfermedad donde sabe que peligra su vida experimenta emociones de tristeza que surgen cuando las personas post operadas perciben a la hospitalización como un obstáculo para el acercamiento con su familia, unidos a la de soledad y abandono, que les produce inseguridad para enfrentar una situación que es nueva para ellas, (37)

La hospitalización está siempre acompañada de una gran movilización emocional generando en ellos nuevas y desconocidas emociones, sentimientos surgiendo así emociones muy variados como la tristeza, angustia y el miedo.

La tristeza es una emoción experimentada por la persona cuando no puede ver a sus familiares y se puede observar en algunas personas que cuando lo manifiestan se les ponen los ojos llorosos o se le caen sus lágrimas, hablaba entrecortado, mientras que otros manifiestan sus experiencias con la cabeza agachada, los ojos llorosos.

Es importante reconocer que la tristeza lo sienten hombres y mujeres desde los adultos hasta los adultos mayores sean solteros, casados o viudos, pero la tristeza se da en relación al tiempo de hospitalización como se dio en las personas que oscilaba entre 39 a 62 años y de hospitalización desde los 18 hasta los 46 días, en los cuales están alejados de sus seres queridos que es necesario que la enfermera lo tenga en cuenta para brindar cuidados.

Lo siguiente se evidencia en los discursos siguientes:

“...Cuando estuve en la UCI, vi a mi último hijo que lo dejaron pasar para verme sentí tristeza, al despedirse de mí me puse a llorar y la enfermera me dijo: “Si vas a estar llorando y te vas a poner así, mañana no lo dejaremos entrar, pues que te pongas así, no es bueno para tu recuperación...sentí tristeza y abandono porque no me comprendía...”

(Azucena)

“...Estuve en la UCI hospitalizado, tengo mucha pena por mis hijos, mi esposa, mis padres y hermanos, que, si bien han hecho su vida, somos muy unidos...Me costó mucho al inicio enfrentarme a esta enfermedad, me sentía sola, pero gracias al apoyo de mi familia lo he logrado, pero estoy triste por estar alejados de ellos” ...

(Girasol)

“...Estar hospitalizado es duro , me da tristeza porque nuestros familiares dejan de hacer sus quehaceres para estar con nosotros , porque son pieza clave para asistirnos... pero cuando nos visitan nuestros familiares los vigilantes a veces les dicen de malas maneras que salgan y eso me da tristeza por su maltrato...” (Aleli)

Estos resultados son similares a los encontrados por Santiago E. Vargas E. donde refiere que el ingreso a la unidad de cuidado intensivo genera una serie de sentimientos negativos en la persona, que marcan de manera significativa su experiencia de vida. Pero también influyen aspectos positivos derivados de la atención humanizada del personal de enfermería (5) Esta emoción fue experimentada por hombres y mujeres cuyas edades oscilaron entre 39 y 62 años , independiente de su estado civil soltero casada, conviviente y viuda, su procedencia ya sea de la costa o selva. Ante esta emoción según Watson la enfermera debe ver al paciente como ser humano que necesita ser comprendido, no como “objeto” de sus cuidados, si no sujeto que tiene que ser comprendido en sus emociones.

La angustia es una emoción del ser humano, junto con el miedo, la ira, son estado afectivos que se expresan cuando hay preocupación en exceso, por la posibilidad de que en el futuro ocurra algo temido, sobre algo que no se pueda tener control (38)

Esto se expresa en las siguiente subcategorías:

1.1.Angustia por demora en la hospitalización

La angustia es un estado afectivo que causa malestar, sensación de sofoco, sufrimiento mental e incluso tristeza. Está relacionada con el temor (miedo irracional), la desesperación y, en muchos casos, con la incertidumbre.

Las personas experimentan angustia ante una misma situación estresante, muchas de ellas manifiestan desesperación preocupación, La angustia como una manera de salir del problema. Algunos lo expresan con la voz entrecortada, otros se frotan las manos, titubean al hablar.

En su quehacer diario las enfermeras se enfrentan con personas que sienten angustia que se acentúa cuando son padres de familia, por su trabajo y sobre todo cuando provienen de otras regiones y el tener que afrontar una estadía larga en el hospital les generaba angustia de no saber cuándo saldría del hospital para ir a su hogar.

Situaciones que se puede evidenciar en los siguientes discursos:

“Yo estoy muy angustiada porque no sé cuándo saldré de aquí, ya llevo bastante tiempo y tengo miedo a complicarme y tener que quedarme más tiempo...” (Girasol)

“Siento angustia, porque ya llevo más de un mes hospitalizada, siento que de repente puedo morir y mi familia no este presente....” (Azucena)

“Me angustio porque o tengo con quien hablar, me pongo a caminar, de un lugar a otro y pregunto a los médicos, no me informan cuando me voy a casa, quiero saber cómo va a ser, lo de mi enfermedad, como voy a quedar, si voy a necesitar otros tratamientos y eso me angustia...” (Cactus)

La angustia es la congoja o aflicción. Se trata de un estado afectivo que implica un cierto malestar psicológico, acompañado por cambios en el organismo (como temblores, taquicardia, sudoración excesiva o falta de aire)³².

De acuerdo a cada discurso vemos que la angustia que siente la persona hospitalizada es porque temen que se pueda complicar su enfermedad, desconocimiento de cómo actuar ante un problema de salud crítico, y falta de información. A si mismo estas personas son amas de casa y también se angustian por los días de hospitalización los cuales oscilan entre 30 y 38 días y por sus trabajo, si bien las mujeres son amas de casa pero tienen personas a su cargo y los varones tiene que trabajar para ayudar a su hogar pues tiene una familia que sostener, de ahí que estar hospitalizados les genere angustia frente a la hospitalización prolongada.

Estos resultados se relacionan con los obtenidos en el estudio realizado por Chero J, Tello C, quienes encontraron que la persona vive en angustia, por tener que enfrentarse a la larga hospitalización y la muerte.

Jean Watson ⁴³, afirma que es una parte inherente al cuidado el establecer una relación de ayuda y de confianza. Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana, es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional son bastante diferentes. Esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo.

Ante todo esto el enfermero debe tener en cuenta los requerimientos de la persona, familia, que al no tener información sobre su alta se angustia por su salud por la estancia prolongada de su hospitalización.

II. SENSACIONES FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA:

Las sensaciones son estímulos que recibimos desde el exterior, desde nuestro entorno, y que son captados por uno o más de nuestros sentidos: vista, olfato, oído, tacto o gusto.

Sensaciones se las entiende como un tipo de conocimiento directo e inmediato que da lugar a estados mentales no proposicionales que transmiten información no conceptualizada, y normalmente son causados por la estimulación de los órganos de los sentidos. (21)

En torno a esto, se da un descubrimiento y reconocimiento de estímulos o eventos ocurridos en el ambiente, tienen por tanto un carácter cualitativo y solo son directamente accesibles al sujeto cognoscente que las tiene. (22)

Ante esto se presentan las siguientes subcategorías:

2.1 Sensación de frío al momento del baño

El hipotálamo posterior se encarga de la concentración del calor, así, como de producir más calor cuando la temperatura del organismo desciende mediante una vasoconstricción; el paciente nos refiere que siente frío y comienza a tener escalofríos.

La sensación de calor y frío dependen en gran parte de la temperatura cutánea y por lo tanto, del riego sanguíneo de la piel; cuando los vasos sanguíneos se dilatan, se siente calor; cuando se contraen, se siente frío, independientemente de la temperatura central del organismo.(40)

Las personas hospitalizadas requieren de cuidados para satisfacer sus necesidades básicas como es la higiene. Las intervenciones desarrolladas por los profesionales de enfermería se constituyen en indicadores de resultado en las personas y de la calidad del cuidado en los servicios.

El hecho de que la persona está hospitalizada y post operada, se hace necesaria la realización del baño en cama. Sin embargo, esta situación suele ser incómoda para el paciente cuando el baño le dan con agua fría. Algunos lo consideran desagradable, difícil, inconfortable, frío, incompleto, deshumano e insatisfactorio (39).

Situaciones que se puede evidenciar en los siguientes discursos:

“...Las enfermeras en la UCI me bañan con agua fría y no podía evitar el frío. Una enfermera me explicó que son actividades diarias del servicio, pero lo que para ellas era normal y rutinario, para mí fue un momento que me tenían en penitencia, era una sala grande y tenía frío el tener que estar desnudo pero me tenía que aguantar..” (Clavel)

“Yo soy una persona friolenta , será porque estoy delgada y enferma, cuando me bañan aunque lo hacen con agua tibia , aun así tengo frio, no veo las ganas de taparme para abrigarme..”

(Aleli)

“...Otra cosa que me incomodaba es que me bañen y sobre todo con agua fría, tal vez la señorita enfermera pensaba que porque uno es hombre no tiene frio, pero sí. En mi caso yo soy muy friolento y además me bañan tan temprano que me quitan el sueño, no veo la hora de irme a casa...”

(Hortensio)

De acuerdo con los discursos la personas sienten frio al momento que los asean, son mujeres de diferentes edades, sexo , procedencia y les desagrada que no se tome en cuenta que ellas vienen de lugares como Jaén y Tarapoto que son zonas calurosas y por ello son susceptibles al cambio de temperatura.

Estos resultados se relacionan con los obtenidos en el estudio realizado por Cabrera R. y Vargas E., donde informan que esta situación suele ser incómoda para el paciente, y que debería bañarse con agua cuya temperatura sea de 37°C por lo tanto se tendrían que tibar el agua para realizarle su baño, a las personas.

Al respecto Watson (26) dice que se debe ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas básicas como es el baño pero teniendo en cuenta a la persona y el clima, pero dándole sentido al cuidado, suministrando la esencia del cuidado humano y por lo tanto la enfermera no siempre debe pegarse a las rutinas del hospital porque la persona hospitalizada lo experimenta desagradable.

2.2 Sensación de dolor en el momento de los procedimientos.

El sentido del tacto es aquel cuyas sensaciones responden a los cambios en la superficie del cuerpo. Es decir, la piel de la persona; la cual puede sentir todo aquel estímulo o elemento que lo toque. A través del sentido del tacto se puede percibir e identificar las características de los

objetos. Permite conocer si es suave, rugoso o áspero. De la misma manera, también nos puede informar de la temperatura de los objetos mediante la activación de los terminos receptores.

Las células receptoras de información sensorial se encuentran conectadas a las fibras nerviosas aferentes. Ante la detección de un estímulo táctil, los receptores sensoriales se activan transportando la información hacia los centros cerebrales correspondientes.

El dolor es definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial”. El dolor puede clasificarse como agudo o crónico. La diferencia entre ambos no es únicamente una cuestión de temporalidad: - El dolor agudo es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptivos por una noxa. Tiene función de protección biológica (alarma a nivel del tejido lesionado). Los síntomas psicológicos son escasos y limitados a una ansiedad leve. Es un dolor de naturaleza nociceptiva y aparece por la estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores específicos.

Lo cual se puede evidenciar en las siguientes discursos :

A mí me duele cuando me ponen las ampollas , cuando me curan la herida, algunos doctores son toscos , ni siquiera preguntan si me duele , a veces tengo que quitare la mano para que se de cuenta que me duele ..” (Lirio)

Yo lloro de dolor cuando me curan, lo hacen duro...como si fuera animal y se molestan cuando digo que me duele, me responden que tengo que dejarme, porque si no se queda tejido muerto y pudo recaer en complicación” (Aleli)

Enfermera , yo soy hombre „pero tengo miedo a las ampollas, por eso cro que me duele mucho y la señorita dice los hombres son cobardes para las inyecciones y siento vergüenza por su comentario...” (Hortensio)

Estas sensaciones percibidas por las personas son normales, no diferencia que sean hombres o mujeres, las edades pero si se debe tener en cuenta que de acuerdo a los días de hospitalización porque cuantos menos días tiene, manifiestan el dolor, tal como lo manifestaron las personas en sus discursos, cuyos días de hospitalización oscilaba entre 18 y 20 días que manifestaron dolor en el momento de los procedimientos que les realizaban. El dolor manifestado es porque los nociceptores son un grupo especial de receptores sensoriales capaces de diferenciar entre estímulos inocuos y nocivos. Reciben y transforman los estímulos locales en potenciales de acción que son transmitidos a través de las fibras aferentes sensoriales primarias hacia el SNC. El umbral de dolor de estos receptores no es constante y depende del tejido donde se encuentren. Los nociceptores cutáneos presentan un alto umbral de estimulación y sólo se activan ante estímulos intensos están situados en la dermis y epidermis. Son fibras mielíticas con velocidades de conducción alta y sólo responden a estímulos mecánicos.

Watson afirma que para que la persona, perciba que la enfermera está brindando los cuidados humano es necesario que se desarrolle una confianza mutua. La enfermera debe ver a la persona como ser humano es diferente a otro, es único por lo tanto necesita ser comprendido en su dolor por los procedimientos a los que tiene que ser sometidos para recuperar su salud.

III. Sentimientos de agradecimiento y confianza frente al cuidado.

Los sentimientos son la expresión mental de las emociones; es decir, se habla de sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción específica que experimenta: agradecimiento, alegría, vergüenza, confianza etc. (45).

Los sentimientos son experiencias mentales de los estados corporales. Los cambios en el estado del cuerpo causan reacciones fisiológicas automáticas y también sentimientos, como el dolor o el miedo. Los cambios corporales se manifiestan topográficamente en el sistema nervioso central, específicamente en el tronco cerebral superior y la corteza cerebral. (46)

El estar hospitalizado ocasiona una alteración en su vida cotidiana de la persona, este cambio origina una serie de sentimientos que las personas lo pueden expresar en forma negativa o positiva.

Lo cual se puede evidenciar en las siguientes subcategorías

3.1 Gratitud y esperanza en Dios

En cuanto a la esperanza en Dios, es importante resaltar que las personas que padecen una enfermedad grave expresan temores, miedos e incertidumbre frente a la muerte. Esta situación los lleva a aferrarse a un ser supremo, en el que depositan su esperanza, su confianza, y sienten que les proporciona fuerza. Esta conexión con esa fuerza poderosa se logra a través de la oración y del afianzamiento de la creencia en Dios como única.

En esencia, la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de la salud del paciente. Así mismo, se considera una fortaleza y una fuente de motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el personal de enfermería debe tener un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte (47).

Algunos credos religiosos comparten ideas que se expresan en las Sagradas Escrituras, una de las cuales tiene que ver con la creencia de que los seres humanos fuimos creados por Dios a su imagen y semejanza, por tanto, nuestro ser está compuesto por cuerpo, alma y espíritu (48).

Esta importante dimensión del hombre es comprendida como un encuentro de autoconocimiento del ser con su dimensión más fiel y bella: la espiritual. Ésta posibilita una conexión consigo mismo y con Dios, alcanzando recursos inigualables que influyen en la vida humana y en sus relaciones con el Todo (49).

La gratitud que muestran ante Dios las personas hospitalizadas son de ambos sexos, predominando el sexo masculino, quienes estar al frente de una hospitalización prolongada buscan la ayuda de Dios, para poder sanar y salir del hospital.

Esto se puede evidenciar en los siguientes discursos

“.....Las enfermeras pasaban controlando la presión y trataban de darme ánimos, incluso me decían que no pierda la esperanza, que hay muchos que logran superar el cáncer, ..”

(Gardenia)

“...Mi operación ha sido grande, las enfermeras me contaron que duró muchas horas, horas de angustia que conociendo a mi madre, estoy seguro que no dejó un solo instante de rezar...Dentro de todo y día a día voy buscando lo bueno de todo esto, te puedo asegurar que me he acercado a Dios y a la Virgen...”

(Girasol)

“...Yo soy muy católico, me aferré bastante y me aferro día a día al padre celestial, se que Dios hace que usted ahora pueda verme así, y, por lo que estoy agradecido y con la esperanza en Dios y hablar más a fondo del tema, pues antes no quería hablar de mi enfermedad, ni todo lo que me ha cambiado la vida...”

(Cactus)

“...Yo siempre aferrado a Dios, claro que por ratos de miedo veía que corrían...,está haciendo paro el paciente de a lado, pero no pudieron sacarlo del paro, allí si me dio miedo, allí sentía que la muerte podría estar cerca de mí y pedía a Dios que me ayude a salir del hospital pero sano...”

(Picaflor)

Frente a estos resultados **Watson (26)** refiere que la fe y esperanza, son necesarios cuando la enfermera brinda cuidados, los cuidados se transforman en una presencia auténtica que permite y sostiene el sistema profundo de creencias, tanto del que cuida, como del ser que

es cuidado. Es necesario volver la mirada hacia los aspectos ancestrales del cuidado, en donde adquieren importancia la fe y la esperanza en las creencias que el ser humano sustenta tanto para su salud como para su curación.

Cuando una persona se encuentra hospitalizada por problemas de cáncer la presencia de la enfermera es necesaria para que le infunda fe, esperanza y confianza, necesita creer que van hacer todo lo posible para que salga todo bien y regresar a casa, sin embargo, muchas veces no ocurre porque la enfermera se centra en el cuidado biológico olvidándose del cuidado espiritual.

3.2 Agradecimiento al personal de enfermería por su cuidado

El profesional de enfermería y profesional médico permanecen en contacto continuo con el paciente y familiar al principio y final de la vida, estableciéndose una relación mutua entre los pacientes y sus familiares quienes esperan encontrar en este equipo de salud: el apoyo y la comprensión para enfrentar angustias y sentimientos presentes y futuros, relacionados con los confines de la vida. (50)

Gratitud es el sentimiento que experimenta una persona al estimar un favor o beneficio que alguien le ha concedido. Al sentir gratitud, el sujeto desea corresponder el mencionado favor de alguna manera. El sentimiento de gratitud está vinculado al agradecimiento, que es la acción y efecto de agradecer. Por lo tanto, el individuo que siente gratitud desea agradecer el beneficio recibido. Este agradecimiento puede expresarse de diversas formas, desde una simple manifestación verbal o una nota escrita, hasta un regalo material. (51)

Toda persona que recibe cuidados humanos por parte de la enfermera despierta sentimientos de agradecimiento. Tal como se manifiestan en los siguientes discursos las personas hospitalizadas:

“...En UCI es bravo, trabajan bastante las enfermeras, es lo que puedo recordar, me hablaban, unas enfermeras bien amables me llamaban por mi nombre, me echaban crema, talcos, para que, la atención es de primera, estoy muy agradecida por su.....

Cuidado humano”

(Picaflor)

“...Por lo demás.. estoy muy agradecida con las enfermeras, son muy cuidadosas, todo nos renuevan, veía que cambian a diario las conexiones...”

.(Alelí)

“...Las enfermeras de UCI siempre pendientes me estaban cambiando de gasas en todo momento... les agradezco”

(Cactus)

En estos discursos reflejan las experiencias de hombres y mujeres, ellos muestran agradecimiento, se ha podido escuchar de las personas de lugares como Tarapoto, Rioja y Bambamarca que se muestran agradecidas ante un acto de amor y cuidado dado por la enfermera, lo cual tienen relación con lo que refiere: Watson (26), que la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. Por tanto, la enfermera debe tener en cuenta que es necesario desarrollar la empatía para dar cuidado de enfermería, tener en cuenta que las personas hospitalizadas que atraviesan por difíciles momentos, y es en esta situación donde el personal de enfermería con su trabajo y dedicación se gana el respeto, agradecimiento y confianza de las personas que cuida con amor.

CAPÍTULO IV

CAPITULO IV CONSIDERACIONES FINALES

La experiencia de las personas de estar hospitalizado en el servicio de Unidad de Cuidados intensivos, es una situación difícil y dolorosa pero que les ayuda a crecer como personas. Las emociones expresadas por las personas del presente estudio son de tristeza y angustia lo que es corroborado por lo hallado en estudios similares, los cuales convergen al afirmar que el estar hospitalizados les genera, emociones agradables y desagradables durante su estancia hospitalaria en la UCI .

Los sentimientos que manifiestan las personas frente al cuidado son gratitud y esperanza en Dios, así mismo de agradecimiento, al personal de enfermería por el cuidado que se le ha brindado durante su estancia hospitalaria en la UCI.

Las sensaciones que manifestaron las personas pos operadas de cáncer fueron de frío y dolor en el cuidado proporcionado por la enfermera en el servicio UCI

Estos hallazgos comprueban los postulados de Jean Watson, quien sostiene que ante el riesgo del cuidado en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en los diferentes ámbitos dentro de ellos el clínico, por parte de los profesionales de enfermería.

EL cuidado que brinde la enfermera no solamente se dé con la realización de procedimientos tecnológicamente modernos, sino que debe ser con el compromiso la responsabilidad social y la empatía que demuestre cada enfermero, por la protección de la dignidad humana de la persona que cuida por ser única e irrepetible.

Estos resultados van contribuir de manera significativa para el cuidado de enfermería que se brinda en el servicio UCI, en la institución de ESSALUD de Chiclayo.

RECOMENDACIONES

A las Enfermeras de la unidad de cuidados intensivos:

- Brindar información adecuada y oportuna a la persona hospitalizada y a sus familiares.
- Desarrollar estrategias de apoyo emocional, escucha activa, empatía para cuidar a las personas para poder transmitir seguridad y confianza durante su estancia hospitalaria.

A la Jefa de Enfermeras de la unidad de cuidados intensivos:

- Promover capacitaciones sobre el cuidado humanizado para las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Coordinar con el equipo de enfermería para planificar reuniones mensuales para la socialización del cuidado que brindan a las personas hospitalizadas y a sus familiares.
- **Entregar a las** autoridades del hospital los resultados de la investigación y publicarlo en la página WEB de la institución.
- Gestionar reconocimiento para las enfermeras que realizan brindan cuidado humanizado a las personas hospitalizadas en UCI.

A los Investigadores:

- Continuar con estudios de investigación en temas referentes al cuidado de enfermería en personas hospitalizadas, pero con otros enfoques, que permita comprender las experiencias; para mejorar el cuidado de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú. Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología.(1)“Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013”
2. “EsSalud:Anuario Estadístico de las Prestaciones de Salud a nivel Nacional2016”
[Acceso 20 de Octubre 2018] Disponible en
http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/analisis_ejecutivo_nivel_nacional_2016.pdf
3. Perfil Epidemiológico de hospitalización del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo-Chiclayo 2016,
4. Riquelme B. Sepúlveda B., Vargas X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama Rev. Med. Clin. Condes - 2006; 17(4): 244 - 47]
5. Santiago E. Vargas E. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla Avances en Enfermería. 2015;33(3):381-390.

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.41841>

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/41841>
6. Dos Santos G M.,Garanhani, M. L. Aparecidac. Experiencias de Vida; Enfermedad Coronaria; Cuidados Intensivos; Enfermería, Rev. Latino-Am. Enfermagem mayo-jun. 2014;22(3):425-31 DOI: 10.1590/0104-1169.3264.2433 www.eerp.usp.br/rlae
http://www.redalyc.org/pdf/2814/281431353011_1.pdf
7. Diccionario Enciclopédico Larousse. Ed: Planeta 2001

8. Diccionario filosófico: Manual de materialismo filosófico [Acceso 20 de Octubre 2018]
Disponible en: <http://www.filosofia.org/enc/ros/exp1.htm>
9. Vázquez Lobeiras, María Jesús, "Immanuel Kant: el giro copernicano como ontología de la experiencia", en: *Endoxa* núm. 18 (2004) 69-93, cita p. 70.
10. Amengual, G. El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. *Tópicos* [Internet]. 2007, n.15 [citado 2017-06-10], pp. 1-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001&lng=es&nrm=iso. ISSN 1668-723X.
11. Wojtyla, K. Persona y Acción. Madrid: Editorial Católica; 1999
12. Ochoa E. La “experiencia”, base del cambio real. [sede web]. Revista de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. 2002. [acceso 10 de Mayo del 2016]. Disponible en: <http://148.216.10.84/ARTECULTURA/experiencia.htm>
13. Prías H.E ,Miranda C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. Aquichan 2009 VOL. 9 [N° 1]: 93 – 105
14. V.J.Wakmir. "Emoción y sufrimiento".Ed:Labor. Barcelona 1967.
15. Ojeda del Valle M. Infancia y Salud. Publicado en La Habana, Cuba. Consultado: [10-05-2016]. Disponible en: <http://campus-oei.org/celep/celep4.htm>
16. **Regader B.** . Dinámicas de las expresiones del rostro, 2016. Consultado: [10-05-2016]. Disponible en <https://psicologiaymente.net/psicologia/emociones-basicas-cuatro-seis>
17. Álvarez Rodríguez J. Análisis descriptivo de los valores sentimientos y emoción en la formación de profesores de la Universidad de Granada. Consultado: 10-07-2016. Disponible en: <https://www.ugr.es/~recfpro/rev61COL8.pdf>

18. Trill C.Importancia de las sensaciones Consultado: 10-07-2018. Disponible en <https://www.importancia.org/sensaciones.php>
19. Vega Delgado F. Moral, Ética y valores del hombre. Consulta: [7/09/2016]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/moral-etica-y-valores-del-hombre/moral-etica-y-valores-del-hombre.shtml>.
20. MUÑOZ, J., Velarde J., Compendio de epistemología. Madrid: Trotta. 2000
21. Hardin, C. L. Sensaciones. Enciclopedia MIT de ciencias cognitivas. Vol. II. Madrid: Síntesis. 2002
22. Departamento de Orientación Psicología” Sensación y Percepción”. [citado 16 de agosto del 2018]. Consulta en: <http://almez.pntic.mec.es/~erug0000/orientacion/psicologia/Documentos/Sensacion%20y%20Percepcion.pdf>
23. Importancia de las sensaciones (citado el 16 de agosto del 2018) consultado en <https://www.importancia.org/sensaciones.php>
24. Lopera, A. Cuidados de Enfermería en el paciente intervenido de Cirugía Abdominal. Tópicos [Internet]. 2015, n.64 [citado 2015-02-16], pp. 1-52. Disponible en: <publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/062018/articulo-pdf>
25. Marriner. A. Modelos y teoría de enfermería. Ed.7ma.. Edit .Elsevier España 2011
26. Cirugía General del HBAAA 2014 – 2016. Registro de ingreso de pacientes en pre y post operatorio, Chiclayo 2016.
27. Angulo E. Metodología cualitativa. Política fiscal y estrategia como factor de desarrollo de la mediana empresa comercial sinaloense, un estudio de caso [Tesis en línea]. Argentina:

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales;2011[Consultado 02 de octubre del 2016].Disponible en:

https://drive.google.com/file/d/0B9SDWTnlK_FCdIJfNXlQYzRULUE/edit

28. Hernández, R. & Fernández, C. & Baptista, P. metodología de la investigación. 4ta ed. México. McGraw-Hill Interamericana: 2006

29. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000

30 Menga. L. Investigación en Educación: Abordajes Cualitativos. 5ª Edición. Sao Paulo – Brasil. 1986

31. Guba, E.; Lincoln, Y. (1981), citado por Rada D., en : El Rigor En La Investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. [Documento en línea]. 2006. [Consultado 23 de junio 2013].

32. Peru Ministerio de Justicia. Decreto supremo N° 011- 2011 Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética-Reconocimiento de los derechos humanos(Julio 2011).

33. Diccionario de filosofía Editorial Progreso, Moscú 1984:159-160

<http://www.filosofia.org/urss/ddf1984.htm>.

34. Pérez J, Merino M,.Publicado: Definición de experiencia Publicado: 2010. Actualizado: 2014. [acceso 16 octubre 2018] Disponible en (<https://definicion.de/experiencia/>)

35. Diccionario filosófico: Manual de materialismo filosófico [Acceso 20 de Octubre 2018] Disponible en: <http://www.filosofia.org/enc/ros/exp1.htm>

36. Moreira L, Moura T, de Sena M, Soares E, Afio J. Intennacaoempresarial De Emergencia Hospitalar: Vivencia. Cogitare Enfermagem. 2010 [acceso 06 Junio 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483649271019>>issn1414-8536
37. Corbin J.A Angustia: síntomas, causas y posibles tratamientos [Acceso 14 de octubre 2018]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/angustia>
38. Santiago E, Vargas E, La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. 2015. Rev. Avances en Enfermería (revista en internet 2015; 33(3):381-390. (Acceso: 20 de oct. 2018) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a06.pdf>
doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.41841>
39. Cabrera R., Castro M Método físico para la regulación de la Temperatura Corporal. [Acceso 04 de febrero 2018] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol13_2_97/enf04297.htm
40. Sánchez M. Educando Emociones: “La impotencia emocional”. Publicado 28 de febrero 2015. [Acceso 04 de febrero 2018] Disponible en: <https://marsanchezpsicologa.com/.../educando-emociones-laimpotencia-emocional/>.
41. Jaramillo M, Villea A, Tirado A. “Vivencias de familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de Trauma Shock. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Essalud.” [Tesis Post Grado]. Chiclayo; 2011
42. Giraldo K. Tranquilidad. Valor personal. Plenitud Psicológica. [Acceso 08 de Marzo 2018] Disponible en: <https://www.Kathegiraldo.com/tranquilidad/>

43. Yankovic, B. Emociones, sentimientos y afecto: El desarrollo Emocional. México: Setiembre 2011 [Acceso 13 de Octubre 2018] Disponible en: <https://servicio-de-asesoria-escolar.webnode.com.co/news/emociones-sentimientos-afecto-el-desarrollo-emocional/>
44. Carvalho D. Bases biológicas de los sentimientos. Nature Reviews Neuroscience. 2013 Feb [Acceso 14 octubre 2018];14 (2): 143-152. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=87009>
45. Collado re. Cuidado espiritual, labor del profesional de Enfermería. Rev 360 [revista en Internet]. 2010 [acceso: 2 dic 2013];5:[aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>
46. Salazar AM. Tendencias internacionales del cuidado de Enfermería. Invest Educ Enferm. 2011;29(2):294-304. [acceso: 2 dic 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105222400012.pdf>
47. Dezorzi lw, Crossetti mg. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem [periódico na Internet]. 2008 [acceso: 02 ago 2015];16(2):212-217. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200007&lng=en
48. Carmona Z., Bracho de López C. La muerte, el duelo y el equipo de Salud. Universidad de Carabobo. Venezuela. 2008. Rev. de Salud Pública; 2(2):14-23. Disponible en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf
49. Pérez J y Gardey A. Definición de: Definición de agradecimiento. Publicado: 2015. Actualizado: 2017. [Acceso 30 de Octubre 2017] Disponible en: <https://www.definiciónabc.com>

APENDICE

APENDICE N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE ENFERMERIA UNIDAD DE POST GRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente: Yo,, acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada **”Experiencias de las personas con Cáncer post operados de Cirugía Abdominal frente al Cuidado Enfermero en un Hospital de Chiclayo 2017”**, del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, realizado por las: Lic. Teresa Mercedes Montenegro Mesones y la Lic. Gloria Maritza Paz Ramos; estando de acuerdo con la utilización de los datos de mi cuestionario para los fines de la investigación.

Declaro que fui informado de los siguientes aspectos:

1. Mi participación será voluntaria y que concordamos con la utilización de datos del cuestionario para fines de la investigación.
2. Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente por las investigadoras.
3. Las investigadoras estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.
4. Tendré el derecho de retirar el consentimiento para su participación cuando lo desee.
5. Confiando plenamente que todo lo expresado en esta entrevista será de estricta confidencialidad entre encuestado y los investigadores.

Lambayeque, del 2017

Entrevistador CEP

Entrevistado DNI

APENDICE N° 2



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POST GRADO



GUÍA DE ENTREVISTA

La presente entrevista tiene como objetivo obtener información respecto a las Experiencias de las Personas con Cáncer Post operados de Cirugía Abdominal frente al cuidado enfermero en un Hospital de Chiclayo 2016. Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo

I. DATOS GENERALES:

- Seudónimo: _____
- Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil _____
- Procedencia _____ Grado de instrucción _____
- Situación laboral: _____
- Tiempo de hospitalizado en el servicio: _____

II. Pregunta Orientadora

- Describa sus experiencias que tiene usted ante los cuidados de enfermería recibidos durante su permanencia hospitalaria en el servicio.

Gracias por su apoyo

APENDICE N° 3

Datos sociodemográficos de las personas entrevistadas-ESSALUD

SEUDO NIMO	EDAD	SEXO	EST. CIVIL	PROCEDENCIA	GRADO	SITUACION LABORAL	TIEMPO DE HOSP.
Gardenia	45	Femenino	Casada	Rioja	Superior	Docente activa	23 días
Azucena	62	Femenino	viuda	Chiclayo	Secundaria	Ama de casa	38 días
Clavel	44	Femenino	Casada	Jaen	Superior	Comerciante activa	27 días
Girasol	39	Masculino	Conviviente	Chiclayo	Superior	activo	30 días
Hortensio	46	Masculino	Conviviente	Bagua Grande	Secundaria	Chofer - Activo	20 días
Alelí	54	Femenino	Soltera	Tarapoto	Superior	Ama de casa Activo	62 días
Margarita	46	Femenino	Conviviente	Cajamarca	Secundaria	Ama de casa	46 días
Lirio	58	Masculino	Casado	Moyobamba	Superior	Comerciante activo	18 días
Cactus	54	Masculino	Casado	Rioja	Superior	Médico veterinario-activo	32 días
Picaflor	48	Masculino	Conviviente	Banbamarca	Superior	Docente-activo	35 días

Fuente: elaborado por las investigadoras 2017